

3. MOUTH NEOPLASMS

KKU

KK

616.994 31

Mar

C

CARCINOMA RONGGA MULUT
(diagnosis dan therapi)



oleh : R. Martatko Marmowinoto, FICS
Laboratorium Ilmu Bedah
FK Unair Surabaya

CARCINOMA RONGGA MULUT

(diagnosis dan therapi)

oleh : R. Martatko Marmowinoto, FICS
Laboratorium Ilmu Bedah
FK Unair Surabaya

I. PENDAHULUAN :

Keganasan dari rongga mulut merupakan 30% dari seluruh keganasan di daerah kepala dan leher. Sekitar 80 - 90% disebabkan carcinoma sedangkan sisanya 10 - 20% oleh keganasan dari kelenjar liur minor, melanoma malignum dan lymphoma malignum (6,9,11,14,16,17).

Tujuan therapi adalah membuang tumor primer dan metastasenya, sekaligus mempertahankan fungsi dan sejauh mungkin mempertahankan penampilan kosmetik dari penderita. Hal ini dapat dicapai dengan melakukan kontrol lokal, regional dan metastase jauh (14).

Menurut sejarahnya MARCHETTA melakukan glossectomi pada tahun 1664, LANGENBECK melakukan mandibulotomi pada tahun 1819, sedangkan KOCHER (1880) melakukan approach transmandibular untuk mencapai carcinoma rongga mulut. Kemajuan di bidang lain juga menunjang kemajuan penanganan Ca rongga mulut. Bidang Anaesthesiologi dengan kemajuan di bidang resusitasi dan therapi cairan, kemajuan di bidang antibiotica untuk mengatasi komplikasi infeksi pasca bedah, di bidang radiologi untuk diagnostik dan therapi, sejak tahun 1900, sangat mendukung operasi-operasi besar seperti RND, Commando, Hemiglossectomi, dan lain-lainnya sehingga mortalitas operasi menjadi minimal. Kemajuan di bidang bedah mikro dan teknik-teknik rekonstruksi seperti myocutaneus flap merubah pola rekonstruksi. Pemakaian chemotherapi yang berkembang sejak 1970 dan brachy therapi membuka kemungkinan kasus-kasus yang inoperabel mempunyai harapan lebih baik. Dengan sendirinya perkembangan di bidang prothetik dan nutrisi sangat membantu meningkatkan performance penderita.

Dalam makalah ini akan kami uraikan perihal diagnosa dan therapi dari carcinoma rongga mulut yang merupakan sebagian besar keganasan di daerah ini dengan laporan pengamatan kami di Lab./UPF Ilmu Bedah FK Unair / RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

II. DIAGNOSA :

Untuk dapat menguraikan perihal diagnosa, perlu kami kemukakan dulu batasan dari cavum oris (rongga mulut).

Rongga mulut yang kami maksud di sini, adalah rongga mulut yang dibatasi oleh :

- anterior : rima oris yang terdiri dari bibir bawah dan atas yang bertemu di kedua sudut (commissura).
- dorsal : isthmus faucium, yaitu atas oleh batas antara palatum durum dan molle, lateral oleh kedua plicae tonsilaris anteriores; dan bawah oleh linea terminalis yang dibentuk oleh deretan papillae circumcalatae, dari dorsum lidah.
- cranial : terdiri dari vestibulum oris, gingiva dan palatum durum.
- caudal : terdiri dari dasar mulut, lidah dan gingiva serta vestibulum oris bagian caudal.
- lateral : terdiri dari mucosa pipi.

A. Pemeriksaan Umum :

Seperti halnya penyakit-penyakit yang lain, keadaan umum harus diperiksa secara routine, perihal gizi, ada anaemi / tidak, T.N.T., sesak napas tidak, kelainan hepar, lien, dan ada tidaknya penyakit yang lain.

B. Pemeriksaan Lokal :

Ditujukan pada rongga mulut dan leher. Ini harus dilakukan lebih teliti mengingat beberapa sudut rongga mulut kadang-kadang sukar dicapai (11).

1. Inspeksi :

Dilakukan secara teliti dan sistematis. Kegagalan biasanya oleh karena penerangan yang kurang adekuat, tidak dapat memeriksa secara sistematis oleh karena tidak biasa, ataupun karena penderita yang kesakitan, reflex tumpah. Juga karena tidak dapat melakukan palpasi dengan baik karena nyeri, trismus atau keengganan pemeriksa karena foetor dan tumor yang mudah berdarah.

2. Palpasi :

Sebaiknya dilakukan bimanu'il untuk mengetahui batas-batas infiltrasi, terutama pada dasar mulut.

C. Pemeriksaan Radiologis :

Umumnya dengan inspeksi dan palpasi diagnosa kerja telah dapat dibuat. Pemeriksaan radiologis dilakukan bilamana ada kecurigaan adanya infiltrasi ke tulang ataupun adanya destruksi dari tulang.

1. **Panoramic foto :**
sangat baik untuk mengetahui adanya destruksi mandibula, terutama pada Ca gingiva atau Ca mucosa pipi yang luas.
2. **Waters' foto :**
untuk mengetahui adanya destruksi maxilla pada Ca gingiva atas, ataupun pada Ca palatum durum.
3. **Foto kepala lateral dengan soft tissue technic** ataupun tomografi kadang dapat dipakai untuk mengetahui perluasan tumor ke dorsal.
4. **CT Scan :**
dipertimbangkan untuk mengetahui kondisi dari tulang sekitar tumor, luasnya infiltrasi ke medial, ke basis cranii, sinus paranasalis, intracranial dan ke vertebra cervicalis. CT Scan juga dapat dipakai untuk memonitor hasil radiotherapi dan chemotherapi.
5. **Selected angiography** terutama dari **a.carotis communis interna** diperlukan untuk mengetahui sejauh mana pembuluh darah ini ikut serta dalam tumor.
6. **Pemeriksaan radiologis yang lain yang lebih canggih seperti NMR dan bone scanning dan lain-lain** mungkin diperlukan, tetapi dengan CT Scan biasanya telah memadai.

D. Pemeriksaan Pathologis :

1. **Biopsi** perlu dilakukan pre operatif, yang penting adalah mendapatkan jaringan yang adekuat. Ini dapat dilakukan secara incisional ataupun excisional. Incisional biopsi dilakukan dengan mengambil sebagian jaringan yang sehat di tepi tumor. Untuk tumor yang besar bagian dalam harus diikutkan. Ini yang sering menjadi hambatan bagi pemula, sehingga excisional biopsi merupakan pilihan lain, setelah diagnosa segera secara klinis ditegakkan dan incisional biopsi hanya utk. yang inoperabel. Dengan biopsi ini kita mendapatkan diagnosa pasti.

2. **Cytologis**, di klinik yang maju di tangan cytopatholog yang berpengalaman mempunyai angka ketepatan yang tinggi untuk Ca rongga mulut dengan pertumbuhan exfoliatif. Hal ini dilakukan untuk early diagnosis dan untuk mass screening.

E. Carcinoma dari bagian-bagian di rongga mulut (7,9,11,13,14,16,17) :

Bagian-bagian yang penting dari rongga mulut untuk menilai keganasan dari rongga mulut adalah sebagai berikut :

1. bibir atas dan bawah
2. mucosa pipi
3. gingiva atas dan bawah
4. palatum durum
5. lidah
6. trigonum retromolare

Penggolongan ini penting karena ternyata tabiat biologisnya berlainan hal ini disebabkan karena struktur jaringan, topografi serta saluran lymphenya berlainan. Sebagai contoh : Ca dasar mulut lain dengan Ca bibir, ataupun dengan Ca lidah oleh karena sistim lymphenya untuk lidah lebih kaya. Bahkan ternyata untuk bibirpun ada perbedaan perjalanan penyakit antara bibir bawah, bibir atas dan sudut bibir. Untuk mengetahui lebih rinci kami uraikan secara ringkas satu persatu:

1. Ca bibir :

Ca bibir bawah lebih banyak didapatkan pada orang laki, mungkin merokok sigaret dan pipa merupakan sebabnya. Pada orang-orang yang karena pekerjaannya terkena sinar matahari yang intense dan terus menerus seperti pada pelaut.

Ca ini dimulai dari bercak leukoplakia, disusul oleh laesi exophytic yang kemudian cepat membesar dan mengalami infeksi secundair. Tidak jarang hanya dalam bentuk penebalan yang rata, yang kadang-kadang mengelupas sendiri dengan sedikit perdarahan. Keadaan ini sukar dibuat diagnosa dan hanya biopsi yang menentukan kepastiannya. Palpasi sering didapati indurasi disekitar laesi dan bilamana ada gangguan anaaesthesia / paraesthesia berarti telah mengenai N. Mentalis.

Kelenjar metastase didapatkan di lnn. submentalis, yang umumnya soliter untuk waktu yang cukup lama, dan tidak mengecil dengan antibiotika, lama kelamaan lnn. submandibularis juga terkena. Lamanya timbul metastase kelenjar, yang kadang-kadang bertahun-tahun. Sering hal ini dihubungkan dengan Ca kulit yang memang lambat perjalanan penyakitnya. Ca bibir yang mengenai sudut mulut (commissura) lebih cepat metastasenya karena saluran lymphed di daerah ini lebih luas.

2. Ca mucosa pipi :

Ca dari mucosa pipi sering pada penderita makan sirih dan memakai tembakau sebagai susur. Susur yang berada di sudut bibir dan sedikit tersembul ini tinggal untuk waktu yang cukup lama sambil sesekali dihisap-hisap, disamping itu juga didapatkan Ca rongga mulut oleh karena makan sirih tanpa susur.

Timbulnya Ca karena iritasi yang kronis dari tembakau ini, dimulai dari leucoplakia, bercak keputih-putihan yang sedikit meninggi dari sekitar, yang merupakan premalignant. Bercak ini dapat kecil saja tapi kadang cukup luas. Ca mucosa pipi dapat infiltratif meluas ke dorsal dapat menyeberang spatium retromolare dan masuk ke spatium parapharyngicum sepanjang lig. buccopharyngica atau ke atas dan ke bawah menyeberang ke gingiva. Infiltrasi juga dapat ke dasarnya sehingga menonjol di pipi, bahkan kulit pipi dapat tembus, sehingga akan timbul ulcera yang lebar, dengan jaringan nekrotis dan perdarahan-perdarahan bahkan akhirnya akan timbul lubang dimana nampak gigi, lidah, dan lain-lainnya yang dikelilingi jaringan tumor yang berdungkul-dungkul, rapuh dan mudah berdarah, kotor dan berbau. Mandibula dan maxilla biasanya lama baru ada infiltrasi dan destruksi. Metastase kelenjar submandibulair lebih cepat terjadi, mula-mula soliter, tapi tidak jarang multiple yang diikuti perjalanan ke kelenjar leher yang lebih profundus. Tidak jarang karena manipulasi oleh pasien sendiri maupun oleh orang lain ulcera di pipi dengan infiltrasinya ke sekitar bersatu dengan metastase di kelenjar leher sebagai suatu massa yang mengerikan.

3. Ca gingiva :

Ca gingiva biasanya dimulai dari benjolan exophytic yang menyebabkan prothese tidak cocok. Benjolan kecil ini kadang-kadang berdarah sehingga ia akan memeriksakan ke dokter / dokter gigi. Kadang-kadang benjolan timbul setelah ekstraksi gigi, yang mungkin telah ada sebelumnya. Namun demikian kadang-kadang memang sulit menemukan Ca gingiva stadium dini, terutama lokasinya yang cukup tersembunyi, seperti di bagian dorsal dari gingiva bagian depan dan gingiva bagian atas dan apalagi bagi pemeriksa yang tidak memeriksa secara routine.

Ca gingiva yang lanjut akan menyebabkan gigi lepas dari socketnya dan melalui ini Ca bisa dengan mudah menginfiltrasi mandibula atau maxilla. Ca gingiva sering berhubungan dengan kebiasaan pembersihan mulut yang jelek.

Metastase ke kelenjar submental atau submandibulair tergantung lokasinya di depan atau di belakang.

4. Ca dasar mulut :

Ca dasar mulut pada permulaan sulit dikenal, sering hanya berupa bercak kemerahan tanpa rasa nyeri seperti granulasi (erythroplakia) atau kadang-kadang berupa leukoplakia. Bila berupa ulcus akan sangat nyeri, dan hypersalivasi, nyeri ini bertambah hebat pada waktu makan atau minum. Bila diperiksa lebih teliti ulcus ini berdinding tebal dan kaku (indurasi). Ulcus ini kian membesar, infiltrasi akan menjadi cukup dalam, timbul fixasi dari lidah sehingga bicaranya pelat dan kesukaran menelan dan saliva akan meleleh ke luar (drooling). Tidak jarang akan timbul parese N.XII dan nyeri sampai ke telinga. Gangguan menelan menyebabkan penderita menurun gizinya, foetor, bahkan penderita yang telah dalam stadium lanjut datang dengan kertas tissue di tangan untuk mengusap ludahnya yang meleleh ataupun membawa kaleng untuk tempat ludahnya.

Metastase ke kelenjar submandibula cepat terjadi yang mula-mula soliter, tapi dengan cepat akan jadi multiple dan timbul fixasi dari kelenjar ke jaringan sekitarnya.

Sehingga gambaran akhir penderita ini sering berupa penderita yang kurus pucat, dengan bicara yang tidak jelas, ludahnya terus meleleh keluar, sangat menderita karena nyerinya, sering pula tidak sabar dengan kita yang menanyai karena lidah yang terfixasi akan sulit untuk bicara, dan terasa nyeri. Bila diperiksa akan didapat faector, ulcus yang besar, dengan tepi yang berdongkul, mudah berdarah disertai lidah yang terfixasi dengan kelenjar submandibulair yang telah terfixasi pula. Dengan sendirinya pada keadaan demikian harapan untuk sembuh sangat kecil.

5. Ca palatum durum :

Ca palatum durum lebih sering terjadi pada kebiasaan merokok dengan cara terbalik, dengan api yang berada di dalam seperti pada orang India tertentu dan kebiasaan di Amerika Selatan juga terjadi pada penderita yang merokok dengan cara biasa. Karena iritasi panas dan tembakau ini akan timbul ulcus yang sangat nyeri. Ca di daerah ini juga disebabkan oleh Ca dari kelenjar liur. Gambaran dari squamous cel Ca seperti gambaran pada gingiva berupa tumor ulceratif atau exophytic yang cepat menginfiltrasi tulang. Infiltrasi tulang dapat masuk ke cavum nasi ataupun ke sinus maxillaris.

Penyebaran ke lateral dapat ke alveolus mucosa pipi, tonsil. Metastase kelenjar biasanya ke-*lnn.* submandibularis atau jugulodigastric. Gambaran yang disebabkan oleh Ca dari kelenjar liur agak lain, yaitu berupa benjolan bulat dengan permukaan yang rata dapat pula berdongkul kalau timbul ulcerasi biasanya tidak sehebat seperti pada squamous cel Ca.

6. Ca lidah :

Yang diutarakan di sini adalah lidah 2/3 anterior, sedangkan yang 1/3 posterior sering dimasukkan dalam Ca oropharynx. Ini bukan berarti bahwa Ca lidah 2/3 anterior lebih jinak dari pada yang posterior. Mobil portion dari lidah ini terdiri 4 sisi, 2 lateral, dorsum dan anterior. Ca lidah sering mulai dari sisi lateral, mulai dari ulcus yang nyeri, sering telah disertai indurasi di sekitar. Indurasi ini harus diartikan sebagai infiltrasi dari tumor ke struktur yang lebih dalam. Lidah memang selalu bergerak karena ia terdiri dari otot yang tebal dengan jaringan ikat gembur diantaranya, dengan sistem lymphatic yang sangat luas, jaringan mana hubungannya dengan sistem lymphatic di leher sangat bagus sehingga menyebabkan mudahnya sel-sel kanker menembus jaringan ini, baik karena kontraksi otot maupun karena metastase lymphatik.

Sel-sel Ca yang menginfiltrasi ke otot menyebabkan fixasi dari lidah sehingga bicaranya sulit, dan akhirnya menelanpun juga sukar sehingga ludah menetes keluar dan gizi penderita jadi memburuk. Metastase kelenjar leher, biasanya ipsi (homo) lateral ke kelenjar submandibulair cepat terjadi sejalan dengan meluasnya infiltrasi, dapat juga bilateral bilamana infiltrasi mendekati basis linguae Ca lidah yang lanjut penderita akan nampak kesakitan,

gizi yang jelek, anaemis, mulut kotor dan berbau disertai pembicaraan yang pelat (tidak jelas). Tidak jarang Ca lidah didahului dengan timbulnya leucoplakia. Tembakau merupakan salah satu sebab, juga iritasi chronis karena prothesa yang tidak cocok, gigi yang tajam dan lain-lainnya.

III. SISTEM TNM DAN STAGING (4,5,7) :

Salah satu bentuk staging adalah memakai TNM sistem, UICC menganjurkan pemakaian ini, biarpun diakui bahwa masih banyak kelemahannya. Tujuan melakukan staging adalah sebagai berikut :

- a. membantu klinisi melakukan rencana therapi.
- b. memberi arah prognosis
- c. membantu untuk evaluasi hasil therapi
- d. merupakan cara atau " bahasa " untuk saling tukar informasi
- e. membantu dalam penelitian lebih lanjut

TNM sistem menurut UICC sebagai terlihat pada kepustakaan (15).

Dalam upaya menentukan staging tumor TNM sistem ini sering dilakukan revisi, apalagi bilamana dikaitkan antara staging dan prognosa, masih banyak sistem yang lain antara lain, STNMP (Site-Tumor-Node-Metastases-Pathology), HÖDEK (sistem bersama antara Jerman, Austria-Swiss), AJCC (American Joint Committee on Cancer) dan kemudian Jacobson's malignancy grading system, masing-masing menganggap sistemnya lebih baik.

Perihal sistem TNM dan gambaran pathologi kurang lebih dapat diketahui gambaran tentang prognosa dari penyakit. Secara umum type undifferentiated lebih buruk dari well differentiated atau poorly differentiated oleh karena cepat tumbuhnya dan cepat pula metastasenya.

Untuk Ca bibir, menurut BAKER dan KRAUSE (7) dari 300 kasus hasil-hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut :

T1 T2 No sembuh sekitar 90%, tetapi T3 60% dan T4 cuma 40%, overall didapatkan 70%. Bilamana kelenjar positif angka turun jadi 50%-nya. Kemungkinan dari kelenjar negatif ke positif sekitar 3 - 10%.

Kemungkinan metastase lebih besar pada laesi lebih besar oleh karena itu kombinasi therapi memberikan hasil lebih bagus dari pada therapi tunggal. Ca bibir atas prognosanya lebih buruk, 5 YRS 10 - 20 % lebih rendah dari pada bibir bawah oleh karena metastase lebih mudah. Bilamana mandibula terkena 5 YSR turun 30%. Ca yang tumbuhnya verruceus lebih baik prognosanya dari squamous cel Ca.

IV. THERAPI :

Setelah diagnosa kerja ditegakkan dan staging ditetapkan, maka dipilih therapi yang paling tepat.

Ada 4 macam therapi :

1. pembedahan
2. radiotherapi
3. sitostatika (chemotherapi)
4. kombinasi

1. Pembedahan (11,12,14)

Untuk memperoleh hasil yang optimal biasanya dilakukan planning yang baik, supaya mendapatkan hasil yang memuaskan (11).

Untuk itu perlu diperhatikan beberapa hal :

a. approach, yang dianjurkan ada 4 :

1. per oral
2. flap pipi
3. "visor flap"
4. mandibulotomi

b. teknik excisi

c. rekonstruksi

a. Approach :

Untuk mencapai tumor di rongga mulut perlu approach yang tepat. Ada 4 macam approach yang mempunyai kegunaan masing-masing (14).

1. per oral :

Yaitu dengan membuka mulut lebar dan dipertahankan dengan pembuka (sperder) mulut. Ini dipakai untuk laesi yang kecil dan letaknya di rongga mulut bagian depan. Dengan approach ini dapat dicapai $\frac{1}{2}$ rongga mulut depan . Di belakang ini agak sulit untuk melakukan excisi dengan baik, dan dianjurkan memakai cara sebagai berikut :

2. flap pipi, ada 2 macam flap pipi atas dan bawah :

- flap pipi atas : dengan melakukan incisi WEBER FERGUSON bibir atas beserta pipi bagian atas dapat dibuka lebar, sehingga rongga mulut bagian atas dan belakang dapat dicapai. Ini untuk mencapai :

- palatum durum
- gingiva bagian atas
- mucosa pipi di atas duct. stenoni

- flap pipi bawah : dengan melakukan incisi submandibulair dan diteruskan ke dagu dan membelah bibir bawah, rongga mulut dapat dicapai dengan mudah. Ini untuk mencapai lidah, dasar mulut, gingiva, mucosa pipi dan trigonum retromolare.

Setelah operasi selesai, kedua flap ini dikembalikan dan dijahit lapis demi lapis dengan baik, tanpa meninggalkan cacat yang berarti.

3. " visor flap " :

Keberatan dari flap pipi adalah membelah bibir. Dengan visor flap kita melakukan incisi submandibular dari kanan sampai ke kiri dan seluruh tebal bibir bawah dan mucosa pipi kita lepaskan dari mandibula sehingga rongga mulut dapat dicapai.

4. mandibulotomi :

Cara-cara yang disebut di atas, kadang-kadang tidak cukup untuk mencapai rongga mulut bagian belakang, untuk itu mandibula dibelah. Mandibulotomi dapat dilakukan di daerah corpus dengan kerugian paralyse N. mentalis, atau ditengah-tengah yang dapat menyelamatkan N. mentalis. Mandibula yang dibelah ini dilakukan penyambungan kembali dengan kawat setelah operasi selesai.

b. Teknik excisi : (4,11)

Excisi tumor dilakukan seradikal mungkin, hal ini bisa dicapai dengan :

- pisau biasa atau pisau cauter dengan mengiris pada jarak 1-1½cm dari tumor, dengan pisau yang menghadap keluar.
- melakukan coagulasi dulu pada tumornya (PATTERSON) setelah bersih baru melakukan excisi seperti diatas. Keuntungannya tidak ada kontaminasi dari jaringan yang pathologis selama excisi, kerugiannya terlalu banyak jaringan yang nekrotis dan jadi arang.
- bedah cryo seperti yang dilakukan oleh GAGE, dkk., dengan Nitrogen cair terjadi pendinginan / pembekuan membunuh sel-sel kanker. Kerugian tak dapat mengontrol dalamnya pembekuan, baik untuk recidief.
- laser (CO2 laser) (STRONG, dkk), ini sangat baik untuk laesie yang kecil, T1, multiple tapi superficial, juga yang luas, tapi superficial - nyeri sangat berkurang karena destruksi jaringan minimal, kerugian sering membakar tube endotracheal.

Masih ada cara lain :

- CUSA (Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator) ini tak ada pembentukan arang seperti pada coagulasi - pembuluh-pembuluh darah dapat dipertahankan.
- tetapi dengan teknik yang pertama atau kedua & sering melakukan palpasi disekitar tumor, cara excisi ini telah cukup baik. Kesukaran excisi bilamana mendekati jaringan yang secara normal telah padat, seperti basis linguae, mendekati mandibula dan lain-lain, untuk ini perlu vries coupe. Kesalahan dengan vries coupe ini cuma 14% (4).

c. Rekonstruksi : (11,12)

Setelah jaringan pathologis dibuang, perlu dilakukan rekonstruksi. Tujuan rekonstruksi mengembalikan fungsi, menutup defect dan sejauh mungkin dapat memperbaiki penampilan kosmetik. Berbagai cara rekonstruksi telah kami uraikan dalam laporan kami terdahulu (11).

Namun demikian perlu kami tekankan lagi bahwa penguasaan teknik sangat penting untuk 1-2 macam cara rekonstruksi dari pada banyak cara yang kurang dikuasai. Untuk defect-defect yang lebar saat ini HCP sangat populer.

2. Radiotherapi :

Ini dilakukan bilamana excisi tidak radical dan re-excisi tidak mungkin lagi. Juga pada metastase ke kelenjar, hal ini dilakukan untuk mencapai tujuan pokok dari therapi, yaitu kontrol lokal, regional dan metastase jauh. Memang beberapa klinik melakukan therapi primair untuk bibir dan lidah dengan hasil yang cukup baik.

Pengalaman di MD ANDERSON (4) untuk Ca dasar mulut : T1 T2 cure rate dengan operasi 80%, sedang radiotherapi 64%. T3 T4 cure rate dengan operasi 56%, dengan kombinasi 50%, sedangkan radiotherapi saja cuma 27%. Kontrol lokal lebih mudah dan monitoring juga mudah bila dilakukan pembedahan daripada radiotherapi sangat dianjurkan pada highly malignant lesion, dasar mulut bagian dorsal dan pada recidief terutama untuk dasar mulut(4). Efek sampingan dari radiotherapi juga dipertimbangkan seperti mucositis, sicca syndroom, osteoradionekrosis, fibrosis pada brachytherapi dan akhir-akhir ini diberitakan timbulnya keganasan baru (8).

3. Chemotherapi (cytostatica) :

Prinsip pemberian chemotherapi menurut CLETON (3) adalah sebagai berikut :

- mengobati tumor yang masih kecil
- dosis setinggi mungkin
- pemberian dengan interval sependek mungkin
- cegah resistensi

Resistensi terhadap chemotherapi disebabkan oleh mutasi dari sel-sel kanker, laesi yang besar kemungkinan timbulnya mutasi makin besar. Jadi effect chemotherapi akan besar pada laesi yang kecil dan vascularisasinya baik. Vascularisasi sering terganggu karena operasi atau radiotherapi sebelumnya. Karena itu bilamana chemotherapi diberikan pada stadium III dan IV atau yang recidief sesudah operasi ataupun radiotherapi hasilnya kurang baik. Selain obatnya sendiri masih mahal di Indonesia, komplikasinya juga perlu diperhatikan, kedua hal ini yang menyebabkan pengobatan ini tidak populer.

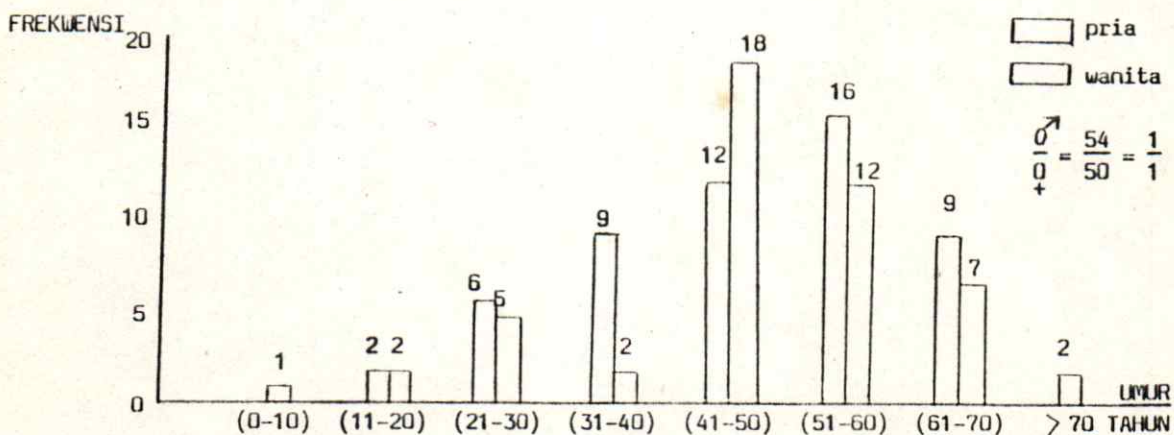
Untuk mencapai dosis yang tinggi disatu tempat dilakukan intra-arterial infusion. Untuk Ca rongga mulut ini dapat dilakukan dengan MTX dengan dosis 2-3 g./hari. Tapi CARTER (1977) melaporkan hasilnya sama saja dengan therapi par enteral biasa. Oleh karena komplikasi mortalitas cara intra-arterial infusi ini cukup banyak (5-15%) dan berbahaya, maka saat ini dipakai polyethylene cannule dengan pompanya yang ditanam (implantasi)di kulit dada, sehingga tiap kali dapat dilakukan penyuntikan, tanpa merubah posisi cannule.

TARPLEY (9), memberikan chemotherapi pada penderita sebelum dilakukan operasi ataupun radiotherapi dengan hasil response rate 77% pada 30 penderita yang diberikan MTX (1977), cara ini populer dengan nama " induction chemotherapy ".

V. DATA - DATA :

Selama 5 tahun dari Januari 1984 s.d. Desember 1988, kami amati penderita keganasan rongga mulut yang dirawat di Seksi Bedah Kepala leher Lab. / UPF Ilmu Bedah FK Unair / RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan cara mengisi cek-list dari UICC model ICD O T 140 Lip dan ICD O T 141-145 Oral Cavity. Disamping itu kami teliti kartu-kartu penderita dan hasil-hasil pathologi. Dari 105 penderita yang kami buat diagnosa klinik keganasan rongga mulut kami susun tabulasi seperti tertera dalam tabel-tabel berikut ini :

Tabel I : Frekwensi keganasan rongga mulut :
(1984 - 1988)



Umur tertua kami dapati seorang wanita 80 tahun.

Tabel II : Lokalisasi keganasan rongga mulut
 (1984 - 1988)

LOKALISASI	FREKWENSI	%
bibir	8	7,6
mucosa pipi	19	18
gingiva	15	14,3
palatum durum	4	3,8
lidah	45	42,9
dasar mulut	3	2,9
kombinasi	11	10,5
Jumlah	105	100

Yang terbanyak adalah lidah 45 (42,9%), disusul mucosa pipi 19(18%) dan gingiva 14(14,3%). Bilamana melebihi satu lokalisasi kami kelompokkan dalam kombinasi, dan memang kadang-kadang sulit diketahui primernya yang mana.

Tabel III : Stadium keganasan rongga mulut :
 (1984 - 1988)

STADIUM	TNM	FREKWENSI	%
Stadium I	T1NoMo	21	20
Stadium II	T2NoMo	16	15,2
Stadium III	T3NoMo	30	28,8
Stadium IV	T4N0-1Mo T123N23Mo T4 N-M1	38	36
Jumlah		105	100

Dari Tabel III ini dapat diketahui bahwa 68 penderita (64,8%) adalah merupakan kasus yang lanjut.

Tabel IV : Hasil Pathologi keganasan rongga mulut :
(1984 - 1988)

MACAM	FREKWENSI	%
epidermoid carcinoma	76	77,4
adeno carcinoma	11	11,2
melanoma maligna	5	5,1
rhabdomyosarcoma	1	1
granulosa cel myoblastoma	2	2,1
lymphoms msalignum	2	2,1
leukoplakia	1	1
Jumlah	96	100

Dari 105 penderita yang kami diagnosa klinis sebagai keganasan, ternyata 7 penderita, hasil pathologinya jinak :

papiloma lidah	1
ulcus dengan keradangan	2
epulis fibromatosa	3
ulcus dng. benign mixed tu.	1

Jumlah 7

Jadi didapatkan kesalahan diagnostik sebesar 6,7%. Ini didapatkan pada penderita dengan laesi yang kecil (T1). Dari bentuk kliniknya memang ke 4-nya ini masih memungkinkan timbulnya kesalahan diagnosa.

Tabel V : Macam operasi pada keganasan rongga mulut :
(1984 - 1988)

MACAM	FREKWENSI
excisi / wide excisi	41
hemiglossectomi	2
reseksi palatum	2
excisi + reseksi mandibula	1
excisi + flap mucosa	1
excisi + thiers	5
excisi + flap lidah	5
excisi + MCP	5
commando operation	13
biopsi	28
biopsi + tracheotomi	2
gastrostomi	1
(pulang paksa)	3
Jumlah	109

Excisi (wide excisi) kami lakukan yang terbanyak yaitu 58 kali, umumnya pada laesi T1 sampai T4, tergantung lokalisasinya dapat/tidaknya dilakukan excisi dengan baik. Biopsi 30 kali pada laesi yang besar yang in-operable.

Kami dapatkan recidif pada 2 kasus yaitu : M.N., laki-laki umur 52th. Reg. No. 01.65.24. dengan Ca palatum dan T. wanita umur 57 th. Reg.No. 20.12.22. dengan Ca lidah. Ca palatum yang luas metastase ke basis cranii dan paru-paru, kami dapatkan pada Z. wanita 63 th. Reg.No. 20.17.19. Seorang penderita meninggal, B. laki-laki 50 th. Reg.No. 16.89.78. dengan Ca mucosa pipi yang luas sehingga masuk ke dinding pharynx.

VI. DISKUSI :

Sistem TNM adalah suatu cara klinis yang dianjurkan oleh UICC untuk mengetahui stadium tumor. Staging ini diharapkan antara lain untuk dapat menjawab prognosa dari penyakit. Ternyata prognosa masih ditentukan oleh lain hal seperti staging pathologi, performance status dan lain-lain. Kelemahan sistem TNM untuk keganasan di rongga mulut adalah tidak akuratnya menentukan dimensi tumor. Sebagai contoh : Ca mucosa pipi yang nampaknya kecil ternyata telah tumbuh submucosa dan ini diketahui waktu operasi ataupun diketahui ternyata multicentris. Contoh lain : Ca lidah indurasinya sangat sulit diukur dengan pemeriksaan klinis biasa. Oleh karena itu dicari cara lain. Memang suatu sistem tidak mungkin dapat menjawab segala persoalan keganasan yang sangat kompleks. Salah satu cara untuk mengetahui prognosa antara lain dengan DNA cytometri, yaitu dengan cara mengukur DNA dalam nuclei sel kanker (2).

Tumor benigna biasanya diploid, tumor maligna sering aneuploid - ploidy penting untuk parameter dan tidak tergantung dari grading dan staging tumor.

Diagnosa klinik bilamana dihubungkan dengan diagnosa pathologi ternyata masih didapatkan perbedaan. Kesalahan yang kami buat ternyata 6,7% suatu angka yang masih tinggi. Kesalahan ini justru kami dapatkan pada laesi yang kecil (T1). Suatu ulcus yang dirasakan nyeri, berdinding tebal di dasar mulut, memang sulit untuk tidak membuat diagnosa keganasan, yang ternyata hanya keradangan. Papiloma lidah kadang-kadang sulit dibedakan dengan dungkul-dungkul kecil karena Ca. Epuis fibromatosa digingiva ditempat yang sulit dicapai sehingga dikira Ca, tetapi ternyata didapatkan destruksi rahang pada pemeriksaan pathologi.

Erosi mucosa pada benign mixed tumor di palatum yang bentuknya berdungkul-dungkul sulit dibedakan dengan ulcus karena Ca palatum.

Itemang kecermatan pemeriksaan masih sangat diperlukan.

Stadium dari penyakit sebagian besar (64,8%) merupakan stadium III dan IV, suatu stadia yang lanjut, dimana harapan untuk sembuh kecil, yaitu hanya sekitar 50%, padahal Ca rongga mulut sesungguhnya dapat dicegah yaitu pantang merokok, makan sirih, minum alkohol yang berlebihan melakukan hygiene mulut dan lain-lain. Carcinoma yang dini memberi harapan yang baik, untuk T1 dan T2 memberi angka kesembuhan sekitar 80%, namun demikian ketelitian diagnosa masih diperlukan. Menurut CUMMINGS (4), kurang dari 5% keganasan rongga mulut dibuat diagnosa oleh dokter gigi yang tiap hari memeriksa rongga mulut secara routine. Seseorang yang merokok atau makan sirih bilamana mucosa mulut telah timbul erythroplakia atau leukoplakia seyogyanya dianjurkan berhenti oleh karena ini berarti mucosa mulut telah menunjukkan reaksi terhadap iritasi yang disebabkan olehnya.

Pada saat ini pembedahan yang agresif dilakukan untuk T1 dan T2 untuk lidah dan dasar mulut, oleh karena cepatnya tumbuh dan cepatnya mengadakan metastase. Kami melakukan operasi Commando pada 13 penderita, dimana 3 kelenjar leher ternyata hanya menunjukkan reactive hyperplasia, sedangkan 10 penderita telah menunjukkan kelenjar-kelenjar yang penuh metastase. BARTON (4) juga melakukan operasi yang sama pada stadium I dan II dari dasar mulut karena dengan cara therapi lain (radiotherapi) effect sampingannya lebih hebat (xerostomia, gingivitis, osteoradionecrosis, fibrosis). Bilamana tidak dilakukan pembedahan yang agresif akan timbul recurrent lokal yang sangat sulit diatasi dengan cara pengobatan yang lain.

Perihal chemotherapi, hasil-hasil pemberian sebelum operasi / radiotherapi pada Ca rongga mulut sebagai berikut :

REFERENCE	OBAT	JUML. PEND.	RESPONSE RATE (%)
Tarpley dkk, 1975	MTX	30	77
Weaver dkk, 1980	DDP/VCR/B	75	80
Spaulding dkk, 1982	DDP/VCR/B	50	88
Schuller, dkk, 1983	DDP/MTX/B/VCR	53	66
Weaver dkk, 1984	DDP/5 FU	88	94
Jacobs dkk, 1984	DDP/5 FU	23	91

namun demikian harga chemoterapi di Indonesia yang masih cukup mahal, menyebabkan tidak lengkapnya pemberian chemoterapi sehingga hasilnya belum dapat diharapkan.

VII. RINGKASAN / KESIMPULAN :

Telah diuraikan berbagai aspek diagnostik dan therapi dari Carcinoma di rongga mulut.

Dari data klinik dari 105 penderita keganasan rongga mulut yang kami amati selama 5 tahun (1984 - 1988) dapat dibuat resume bahwa :

- umur terbanyak pada kelompok umur 41 - 50 tahun (28,6%) disusul kelompok umur 51-60 tahun sebanyak 26,7%.
- lokasi tumor terutama di lidah 42,9%, disusul mucosa pipi 18%
- stadium yang terbanyak stadium IV (36%), disusul stadium III (28,8%), jadi merupakan stadia yang lanjut.
- pathologi dari tumor yang terbanyak epidermoid carcinoma sebanyak 77,4% disusul adeno carcinoma sebanyak 11,2%.
- terdapat kesalahan diagnosa klinik sebesar 6,7%
- tindakan operasi sebagian besar berupa excisi / wide excisi (63,8%), disusul biopsi (28,6%) dan Commando (12,4%).
- pada follow up yang relatif singkat didapatkan residif pada 2 orang dan kematian pada 1 orang.

Dari data ini dapat kami simpulkan bahwa harapan kesembuhan pada Ca rongga mulut masih kecil. Harapan ada pada prevensi dan diagnosa dini.

VIII. SUMMARY AND CONCLUSION :

Diagnostic and therapeutic aspects of oral cancer have briefly presented. Clinical data on 105 oral malignancies admitted from January 1984 through December 1988 (5 years) in the Division of Head and Neck Surgery Department of Surgery Dr. Soetomo Hospital Surabaya are also presented. Conclusions can be drawn that :

1. the majority of the patients were of the 41-50 age group (28,6%), followed by 51-60 years (26,7%) ;
2. there is no difference between male and female patients;
3. the tongue was the most frequent location (42,9%) followed by buccal mucosa (18%) ;
4. 64,8% of the patients were in late stadium and squamous cel Ca we found in 77,4% followed by adeno Ca in 11,2% ;
5. the surgical interventions were excision / wide excisions in operable cases (63,8%), Commando in 12,4% and biopsy were done in in-operable cases (28,6%).

From these data we conclude that the prognosis of oral cancer in Surabaya is still unfavourable and efforts should be focused on the activities of prevention and early diagnosis.

VIII. KEPUSTAKAAN :

1. BAKER S.R., R. WHEELER :
Intraarterial infusion chemotherapy of head and neck cancer, in Head and Neck Oncology ed. by G.T. Wolff. p 301-345. Martinus Nijhoff Publishers, 1984.
2. CAREY T.E., J.L. HUDSON :
Potential application of the flow cytometry in the diagnosis of metastatic cancer of the head and neck. In Cancer in the neck ed. by D.L. Larson, AJ Ballantyne, O.M. Guilla mondegui, p 41-52, Mc Millan Publishing Co, New York, Toronto, London, 1986.
3. CLETON, F.J. :
Chemotherapy, Post-graduate course in head and neck oncology. Nov. 6-9, 1988 di Surabaya.
4. CUMMINGS, C.W. :
Controversies in the management of tumors of the oral cavity. in Comprehensive management of Head and Neck Tumors ed. by S.E. Thawley, W.R. Panje, p 606-611, WB Saunders, Philadelphia, London, Toronto, Mexico City, Rio de Janeiro, Sydney, Tokyo, Hongkong, 1987.
5. HEMPRICH A., R.P. MULLER :
Longterm results for treating SCC of the lip, oral cavity and oropharynx. Int.J. of Oral & Maxillofac. Surg. Vol. 18, 39 - 42, 1989.
6. JUSSAWALLA, D.J., BB YEOLE, M.V. NATEKAR :
Cancer Incidence in Greater Bombay, Indian Cancer Society, 1988.
7. KORNBLUT, A.D. :
Clinical evaluation of tumor of the oral cavity. Comprehensive management of Head and Neck Tumors ed. by S.E. Thawley, WR Panje, p 460-478, WB Saunders, Philadelphia, London, Toronto Mexico City, Rio de Janeiro, Sydney, Tokyo, Hongkong, 1987.
8. LAWSON, W., W.L. SON :
Radiation induced cancer of the head and neck, in Kagan A.R. & J.W. Miles (ed) Head and Neck Oncology, controversies in Cancer treatment, p 281-296. G.K. Hall Med. Publishers, Boston, Massachusettes, 1981.
9. LUCAS, R.B. :
Pathology of tumours of the oral tissue. p 13-145, 4th ed. Churchill livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1984.
10. MARION, J. :
Chemotherapy and Immunotherapy of Head and Neck tumors. in Comprehensive management of Head and Neck Tumors ed. by Thawley, W.R. Panje, 1885-1896. WB Saunders, Philadelphia, London, Toronto, Mexico City, Rio de Janeiro, Sydney, Tokyo, Hongkong, 1987.

11. MARMOWINOTO, M. et al :
Rekonstruksi pada operasi keganasan di rongga mulut, PTT IKABI VI di Bandung, 5-8 Juli 1989.
12. PANJE, W.R. :
Immediate reconstruction of oral cavity in Comprehensive management of head and neck tumors ed. by S.L. Thawley, WR Panje p 503-595, MB Saunders, Philadelphia, London, Toronto, Mexico City, Rio de Janeiro, Sydney, Tokyo, Hongkong, 1987.
13. SCHOTTENFELD, D, B.M. BERGAD :
Epidemiology of oral cavity, pharynx and larynx. In Wiley's series on Cancer investigation and management vol. 2 in Head and Neck Cancer ed. by R.T. Wittes, p 5-12, John Wiley & Sons, Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore, 1985.
14. SHAH, J, :
3 rd. Advanced course in Head and Neck Cancer Surgery, Singapore 20-24 November 1988.
15. UICC :
TNM classification of Malignant Tumours 4th ed. p 13-32, Springer - Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, 1987.